PRÉVENIR LES MALADIES CHRONIQUES EN MONTÉRÉGIE PAR DE SAINES HABITUDES DE VIE : PROGRAMME 0-5-30 COMBINAISON/PRÉVENTION

Cadre de référence

Avril 2005

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montérégie

106-06628/

Auteure :
Carmen Schaefer

Collaborateurs :
Dr Huguette Bélanger
Diane Gadbois
Hélène Gagnon
Claudine Léonard
Caroline Marier
Sylvie Poirier
Claude Poulin

Secrétariat et mise en page
Linda Bairstow

Conception et réalisation de la page couverture
René Larivière

Responsable de l'édition
Jean-François Lapierre

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source

Pour obtenir une copie de ce document, adressez-vous à :
Service ressources documentaires – Vente de publications
Agence de développement de réseaux locaux de services
de santé et de services sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3

(450) 928-6777, poste 4213

Cette publication est disponible sur le site Internet de l'Agence à l'adresse www.rrsss16.gouv.qc.ca

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

SANTECOM (http://www.santecom.qc.ca) : 16-2005-006

Dépôt légal – 2e trimestre
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89342-310-8

Prix : 9 $ (taxe en sus)

Prévenir les maladies chroniques en Montérégie par de saines habitudes de vie :

PROGRAMME 0-5-30 COMBINAISON/PRÉVENTION

Cadre de référence

Direction de santé publique de la Montérégie
Avril 2005

REMERCIEMENTS

Les membres de l'équipe « *maladies chroniques/habitudes de vie* » de la Direction de santé publique de la Montérégie tiennent à remercier leurs collègues de la DSP qui ont commenté le cadre de référence et les membres du comité aviseur (M^mes^ Manon Barnabé, Louise Favreau, Nicole Levreault et Louise Normandeau) pour leurs judicieux commentaires. Les membres de l'équipe adressent des remerciements particuliers à M^me^ Linda Bairstow pour la mise en page du document.

Les membres de l'équipe tiennent également à remercier D^r^ Mylène Drouin, M^mes^ Anne-Marie Bellerose et Suzanne Delisle de la Direction de santé publique des Laurentides de même que M^me^ Josée Morisset de la Direction de santé publique de Québec, pour avoir partagé leurs expériences concernant le développement et l'implantation du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » dans leurs régions respectives. Ces rencontres ont permis d'enrichir le contenu de l'actuel cadre de référence et la réflexion relativement aux actions possibles.

RÉSUMÉ

Le tabagisme, une mauvaise alimentation et la sédentarité sont des facteurs de risque communément associés au développement de nombreuses maladies chroniques. Le Programme intégré de prévention des maladies chroniques développé en Montérégie consiste à promouvoir auprès des adultes trois habitudes de vie quotidiennes, soit le non-tabagisme, la consommation d'au moins 5 portions de fruits ou de légumes et la pratique d'au moins 30 minutes d'activités physiques, intégrées à un même message « *0-5-30 Combinaison/Prévention* », et ce, au moyen de trois stratégies.

Ces stratégies consistent à promouvoir les pratiques cliniques préventives (PCP) associées aux habitudes de vie préconisées et à des facteurs biologiques modifiables (hypertension, dyslipidémies, surplus de poids), à développer des actions éducatives et à rendre les environnements favorables à l'adoption de saines habitudes de vie. Les pratiques cliniques préventives (PCP) réfèrent aux interventions menées par un professionnel de la santé auprès d'un individu ou d'un groupe dans un but de prévention (ex. : *counselling* minimal ou bref sur le tabagisme). Les actions éducatives réfèrent à la diffusion d'information visant la population en amont de la maladie, sous plusieurs formes (ex. : campagne de communication « *Vas-y !* »), selon divers thèmes liés à la santé (ex. : tabagisme, alimentation, activités physiques) et s'adressant à des cycles de vie variés (ex. : adultes) et dans divers milieux de vie (ex. : milieux de travail). Les actions environnementales visent à modifier différents types d'environnements (physique, politique, législatif, économique et socioculturel) de façon à rendre les milieux de vie favorables à l'adoption des comportements préconisés par un programme. Ces actions comportent notamment la mise en place d'infrastructures (ex. : infrastructures sportives), l'aménagement de milieux (ex. : installation de supports à bicyclette) et l'adoption de politiques et de réglementations (loi sur la fumée secondaire).

Le Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » fait partie des moyens préconisés par la Direction de santé publique de la Montérégie pour prévenir ou contrer l'obésité. Les milieux interpellés par le programme sont les milieux de travail et communautaires, incluant les municipalités, les milieux de formation et d'enseignement aux adultes, les organismes communautaires, les centres de jour des CHSLD et les résidences privées de personnes âgées.

Le cadre de référence précise les mandats des instances impliquées à l'implantation du programme. L'équipe « *maladies chroniques/habitudes de vie* » de la DSP soutient le déploiement régional du programme par la mise en œuvre d'une stratégie validée par un comité régional de suivi de l'implantation du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* », incluant les activités de formation et de communication. Pour sa part, l'agent de promotion de saines habitudes de vie du CSSS est chargé de promouvoir le programme et de soutenir l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action établis à partir d'une démarche participative en sept étapes réalisée dans chacun des milieux d'intervention, de concert avec les responsables « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » identifiés dans les milieux d'intervention dans lesquels ils agissent comme principaux agents de mobilisation.

L'évaluation du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » envisagée dans le cadre de référence est centrée sur les diverses conditions nécessaires à l'implantation du programme en milieu de travail.

L'implantation du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » sera confrontée à plusieurs défis, notamment la place occupée par la promotion/prévention au sein des projets locaux d'intervention et le maintien des ressources financières et humaines dédiées au programme.

MOT DE LA DIRECTRICE

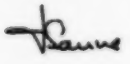
Face à l'importance croissante des maladies chroniques dans la population adulte en Montérégie, comme ailleurs dans le monde, une action préventive s'impose. Or, la majorité des maladies chroniques comporte des facteurs de risque communs dont les trois habitudes de vie que sont le tabagisme, une alimentation déséquilibrée et la sédentarité.

Conformément aux activités prévues dans le Programme national de santé publique 2003-2012 et le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007, l'orientation adoptée en Montérégie consiste à soutenir la mise en œuvre du Programme intégré de prévention des maladies chroniques « *0-5-30 Combinaison/Prévention* ». De façon spécifique, ce programme repose sur la promotion de trois habitudes de vie quotidiennes, soit le non-tabagisme, la consommation d'au moins 5 portions de fruits ou de légumes et la pratique d'au moins 30 minutes d'activités physiques d'intensité modérée. Outre les mesures éducatives de promotion de saines habitudes de vie, le programme est axé sur la promotion des pratiques cliniques préventives et la modification des environnements de façon à les rendre favorables à l'adoption et au maintien de modes de vie sains.

Le Cadre de référence « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » propose une série d'actions régionales et locales pouvant être implantées dans les milieux ciblés sur les territoires des centres de santé et de services sociaux participants, et ce, avec le soutien de la Direction de santé publique de la Montérégie.

Profitant de l'élan issu du Forum des générations qui identifie la prévention comme une priorité en santé, les intervenants de la santé et des services sociaux de la Montérégie sont conviés à mettre leurs ressources au profit d'une action concertée, de longue haleine, permettant d'actualiser les actions proposées dans le cadre du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* ».

La directrice,



Jocelyne Sauvé, M.D.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ADRLSSSS	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CEA	Centre d'éducation aux adultes
CFP	Centre de formation professionnelle
CHSGS	Centre d'hébergement de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSP	Direction de santé publique
DRMG	Direction régionale de médecine générale
FADOQ	Fédération de l'âge d'or du Québec
FTS	Fumée de tabac secondaire
GMF	Groupe de médecine de famille
HTA	Hypertension artérielle
IMC	Indice de masse corporelle
MCV	Maladie cardiovasculaire
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PCP	Pratique clinique préventive
PNSP	Programme national de santé publique
TCNPP	Table de concertation nationale en promotion/prévention

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **11**

1. MALADIES CHRONIQUES : BREF ÉTAT DE SITUATION **13**

2. PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES DES MALADIES CHRONIQUES **15**

2.1 Habitudes de vie 16
2.2 Facteurs biologiques 17
2.3 Effets potentiels du Programme « *0-5-30 Combinaison/ Prévention* » : l'exemple des MCV 18

3. PROGRAMME INTÉGRÉ DE PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES « *0-5-30 COMBINAISON/ PRÉVENTION* » : STRATÉGIES D'INTERVENTION **19**

3.1 Pratiques cliniques préventives 19
3.2 Actions éducatives 19
3.3 Actions environnementales 20
3.4 Pertinence de l'approche intégrée 20
3.5 Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » dans le continuum santé-maladie 23
3.6 Milieux interpellés par le Programme « *0-5-30 Combinaison/ Prévention* » 23
3.7 Propositions d'actions 24

4. IMPLANTATION DU PROGRAMME « *0-5-30 COMBINAISON/ PRÉVENTION* » **37**

4.1 Structures d'implantation et mandats 37
4.2 Démarche d'implantation 38
4.2.1 Volet régional *38*
4.2.2 Volet local *38*

5. PROPOSITION POUR L'ÉVALUATION **40**

6. CONCLUSION **41**

ANNEXE 1 : Objectifs du PNSP en matière de prévention des maladies chroniques et de promotion de saines habitudes de vie 43

ANNEXE 2 : Objectifs du PAR pour les personnes de 18 ans et plus en matière de prévention des maladies chroniques et de promotion de saines habitudes de vie 45

ANNEXE 3 : Engagements de la Direction de santé publique de la Montérégie pour contrer l'embonpoint et l'obésité 48

BIBLIOGRAPHIE **50**

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : Prévalence déclarée (%) de certaines maladies chroniques, Ensemble de la population, Québec, 1987 et 1998 13

TABLEAU II : Mortalité par certaines maladies chroniques (taux ajustés par 100 000), Montérégie 14

TABLEAU III : Liens entre certains facteurs de risque individuels modifiables et diverses maladies chroniques 15

TABLEAU IV : « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » et réduction des facteurs de MCV 18

TABLEAU V : Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » 22

TABLEAU VI : Actions de niveau local 25

TABLEAU VII : Actions de niveau régional 29

TABLEAU VIII : Actions de niveau national 33

TABLEAU IX : Structure d'implantation du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » 39

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : Prévalence déclarée (%) des maladies cardiaques, selon l'âge, Québec, 1998 14

FIGURE 2 : Continuum santé-maladie 23

INTRODUCTION

La prévalence des maladies chroniques augmente presque partout dans le monde et tend à dépasser celle des maladies transmissibles, remplaçant celles-ci comme principale cause de mortalité et de morbidité[1]. Ainsi, en Montérégie, comme ailleurs au Québec, les maladies cardiovasculaires[2] (MCV), les maladies de l'appareil respiratoire et les cancers figurent parmi les principales causes d'hospitalisation et de décès[3]. En réponse à cette situation, le Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP)[4] inclut des objectifs visant la réduction de la mortalité et de la prévalence de plusieurs maladies chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires, l'obésité, le diabète de type II, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), l'asthme et l'ostéoporose (**annexe 1**). Le Plan d'action régional (PAR)[5] a aussi adopté ces objectifs et l'ensemble des plans d'action locaux prévoient intensifier les actions en prévention des maladies chroniques au niveau local (**annexe 2**).

Or, plusieurs de ces maladies ont en commun des facteurs de risque modifiables. Au nombre de ces facteurs, se retrouvent certaines habitudes de vie (tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité), des facteurs biologiques (surplus de poids, hypertension, dyslipidémies) et des facteurs socio-environnementaux (ex. : absence d'infrastructures sportives, accès limité à des aliments sains à des coûts abordables, présence de fumée de tabac secondaire (FTS), inégalités socioéconiques[6], etc.)

Afin de contribuer à la lutte aux maladies chroniques en misant sur l'adoption des saines habitudes de vie, la Table de concertation nationale en promotion/prévention (TCNPP) adoptait en 2003 le Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » développé par la région de la Capitale nationale[7] comme modèle d'intervention à privilégier. Ce dernier est cité en exemple dans le Cadre de référence provincial « *Vers une stratégie québécoise de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention des maladies chroniques* »[8]. Les prochaines pages seront consacrées à la présentation de la version montérégienne du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* », prenant la forme d'un programme intégré de prévention des maladies chroniques, axée sur la promotion de modes de vie sains. Ce programme préconise la promotion de trois habitudes de vie quotidiennes, soit le non-tabagisme, la consommation d'au moins 5 portions de fruits et légumes et la pratique d'au moins 30 minutes d'activités physiques d'intensité modérée. Ce programme intègre des stratégies d'action correspondant à celles privilégiées par le PNSP en prévention des maladies chroniques, soit la promotion de saines habitudes de vie, la promotion des pratiques cliniques préventives et la modification des environnements de façon à les rendre favorables à l'adoption de modes de vie sains.

Bien que le PAR prévoit des actions de prévention des maladies chroniques pour l'ensemble des groupes d'âge, à court terme, le programme proposé vise les adultes (18 ans et plus) dans leurs milieux de vie, notamment en milieu de travail et dans les municipalités.

---

[1] Organisation mondiale de la santé (OMS), 2003.
[2] Regroupent les infarctus du myocarde, l'angine de poitrine ainsi que les autres formes aiguës ou chroniques d'ischémie myocardique, les accidents vasculaires cérébraux et les maladies vasculaires périphériques.
[3] Sauvageau, 2003.
[4] MSSS, 2003.
[5] RRSSS, 2003.
[6] Wilkins et Berthelot, 2002.
[7] Dugal et autres, 2004.
[8] Lachance et Colgan, 2004.

Par ailleurs, le Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » fait partie des stratégies visant la saine gestion du poids, selon les engagements pris par la DSP de la Montérégie dans le premier Rapport annuel de la directrice de santé publique portant sur l'obésité (**annexe 3**).

L'objectif du cadre de référence consiste à définir les orientations balisant les actions préventives à être implantées. Le présent document s'adresse aux gestionnaires des CSSS, aux agents de promotion de saines habitudes de vie et aux autres professionnels concernés (infirmières, organisateurs communautaires, kinésiologues, nutritionnistes, etc.) ainsi qu'aux partenaires identifiés dans les milieux interpellés par le cadre de référence afin de les informer, les mobiliser et leur fournir des exemples d'actions pouvant être implantées sur leur territoire.

Le premier chapitre du document brosse un bref tableau de la situation des maladies chroniques. Le deuxième présente les principaux facteurs de risque modifiables associés au développement de plusieurs maladies chroniques. Le troisième propose le programme intégré ainsi que des stratégies, des actions et les milieux ciblés pour la promotion des habitudes de vie préconisées. Le quatrième chapitre du document est consacré à l'implantation du Programme « *0-5-30 Combinaison/ Prévention* » et finalement le dernier chapitre propose les grandes lignes pour l'évaluation des actions.

1. Maladies chroniques : bref état de situation

Afin d'établir un portrait sommaire de la situation des maladies chroniques, des données de prévalence canadiennes, québécoises et montérégiennes sont présentées.

Au Canada, 16 millions de personnes vivent avec une maladie chronique. La très grande majorité (87 %) des incapacités causées par une maladie est le fait de maladies chroniques. Celles-ci touchent particulièrement les groupes socioéconomiquement défavorisés.

On estime qu'à elles seules, les maladies chroniques accaparent 67 %[9] des coûts directs[10] de soins de santé et 60 % des coûts indirects[11].

Au Québec, on remarque que la prévalence de l'hypertension artérielle (HTA), de l'hypercholestérolémie et de l'asthme tend à augmenter, particulièrement par comparaison à d'autres maladies chroniques (**tableau I**).

Tableau I : Prévalence déclarée (%) de certaines maladies chroniques, Ensemble de la population[12], Québec, 1987 et 1998

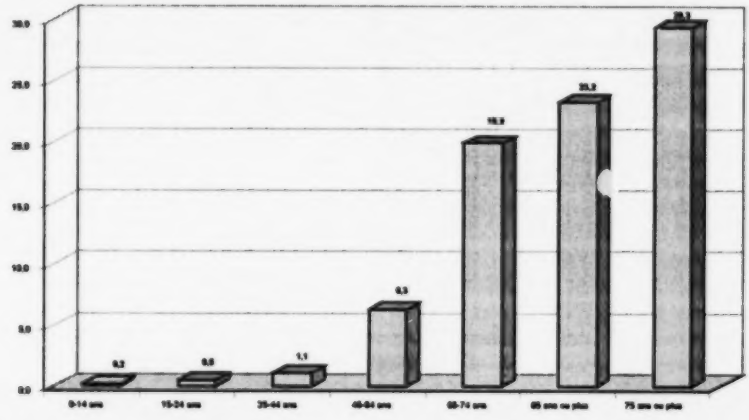
MALADIES CHRONIQUES	1987	1998
Maladies cardiaques	4,1	4,6
Diabète de type II	1,6	2,8
Maladies pulmonaires obstructives chroniques (bronchite ou emphysème)	1,9	2,3
Asthme	2,3	5,0
Hypercholestérolémie	0,3	2,8
Hypertension artérielle	6,3	8,5
	1984-1988	1994-1998
Cancer[13]	419	424

Source : Institut de la statistique du Québec, 2000.

[9] Agence de santé du Canada.
[10] Coûts des médicaments, des soins médicaux, des soins hospitaliers et de la recherche.
[11] Coûts associés à l'invalidité de courte et de longue durée et à la mortalité.
[12] Il est à noter que les données de prévalence provenant d'enquêtes sociosanitaires sous-estiment la prévalence réelle dans la population.
[13] Incidence par 100 000.

La prévalence des maladies chroniques augmente avec l'âge comme c'est le cas des maladies cardiaques (**figure 1**).

Figure 1 : Prévalence déclarée (%) des maladies cardiaques, selon l'âge, Québec, 1998



Source : Institut de la statistique du Québec, 2000.

Par ailleurs, bien que la mortalité par maladie cardiovasculaire tende à diminuer en Montérégie, il n'en demeure par moins qu'elle y est plus importante (263,4 par 100 000) que dans le reste du Québec (250,0 par 100 000)[14] (**tableau II**).

En Montérégie, on observe une diminution de la mortalité par diabète de type II, mais une augmentation de la mortalité par MPOC de même que pour l'ensemble des causes de mortalité liées au tabagisme.

Tableau II : Mortalité par certaines maladies chroniques (taux ajustés par 100 000), Montérégie

MALADIES CHRONIQUES	MONTEREGIE		ENSEMBLE DU QUÉBEC
(Taux ajustés par 100 000, calculés sur 3 ans)	**1984-85-86***	**1996-97-98***	**1996-97-98***
Maladies cardiovasculaires	389,7	263,4	250,0
Diabète de type II	21,8	18,7	18,3
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	31,8	37,2	37,6
Maladies hypertensives	8,1	3,2	3,8
Tumeur maligne	221,4	210,0	215,8
(Taux annuels moyens par 100 000, calculés sur 5 ans)	**1984-1988****	**1994-1998****	
Ensemble des causes de mortalité liées au tabac	69,2	82,6	

Sources : * : Choinière, St-Laurent et Beaupré, 2001.
** : Sauvageau, 2003

[14] Choinière, St-Laurent et Beaupré, 2001.

2. Principaux facteurs de risque modifiables des maladies chroniques

Le programme intégré de prévention des maladies chroniques est fondé sur l'application de mesures destinées à réduire l'impact des facteurs de risque individuels ou socio-environnementaux généralement associés au développement de ces maladies. Les facteurs de risque individuels modifiables sont des habitudes de vie ou des facteurs biologiques. Le tabagisme, une mauvaise alimentation et la sédentarité sont des habitudes de vie fréquemment associées au développement des maladies chroniques alors qu'au chapitre des facteurs biologiques, le surplus de poids est le facteur qui y contribue le plus fréquemment (**tableau III**).

Tableau III : Liens entre certains facteurs de risque individuels modifiables et diverses maladies chroniques

MALADIES CHRONIQUES / *HABITUDES DE VIE*	MCV	Diabète de type II	Cancer	Maladies respiratoires (MPOC, Asthme)	Ostéoporose
Tabagisme					
Mauvaise alimentation					
Sédentarité					
FACTEURS BIOLOGIQUES MODIFIABLES					
Surplus de poids					
Dyslipidémie					
Hypertension					

Lien étiologique[15] Facteur aggravant[16]

Source : Déry et Lachance, 2001.

[15] Étiologie : étude des causes directes des maladies - Blouin et Bergeron, 1997.
[16] Facteur aggravant : qui contribue à augmenter l'effet nuisible causé par une maladie.

2.1 *HABITUDES DE VIE*

➢ Tabagisme

Le tabagisme est encore la principale cause de décès évitable au Québec. En plus d'expliquer 30 % des cancers, la consommation de tabac est associée au développement ou à l'aggravation de pathologies telles que les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), l'asthme, le diabète de type II et l'ostéoporose. En Montérégie, la mortalité pour l'ensemble des causes liées au tabagisme a augmenté de 19 % entre la période 1984-1988 et 1994-1998, le taux annuel moyen passant de 69,2 à 82,6 par 100 000 personnes[17] **(tableau II)**.

En 2001, la prévalence du tabagisme régulier pour l'ensemble de la population de la Montérégie était de 26 %, soit une prévalence comparable à celle du Québec pour la même année.

Les conséquences néfastes du tabagisme affectent non seulement les fumeurs mais aussi les non-fumeurs. On estime qu'en Montérégie, en 2001, plus du tiers (34 %) de la population âgée de 12 ans et plus était exposée la plupart des jours à la fumée de tabac secondaire, cette proportion étant de 58,4 % chez les 12-19 ans, de 43,3 % chez les 20-24 ans, de 35 % chez les 25-44 ans, de 28,9 % chez les 45-64 ans et de 17,5 % chez les 65 ans et plus. Plus de la moitié des sujets exposés à la FTS l'ont été principalement à la maison (55 %)[18].

➢ Alimentation

Une alimentation équilibrée et variée, riche en fruits, en légumes et en fibres et pauvre en gras saturés, contribue à réduire l'incidence de nombreuses maladies chroniques telles que les cancers du système digestif et du sein, les maladies cardiovasculaires, l'obésité, le diabète de type II et l'ostéoporose. Malgré les améliorations des dernières décennies, l'apport nutritionnel des Québécois demeure trop élevé en lipides et en acides gras saturés et trop faible en glucides complexes[19-20-21]. Ainsi, en 2000-2001, la moitié (51 %) de la population de la Montérégie âgée de 12 ans ou plus disait consommer moins de 5 portions de fruits ou de légumes chaque jour[22].

➢ Activités physiques

L'avis scientifique de Kino-Québec recommande aux adultes de consacrer un minimum de 30 minutes par jour à des activités physiques d'intensité modérée (ex. : marche alerte 5-7 km/h). L'avis précise que la durée doit être portée à 60 minutes dans le cas d'activités de faible intensité (ex.: quilles) ou si l'activité est pratiquée de façon irrégulière[23].

L'activité physique réduit le risque de maladies cardiovasculaires, de diabète de type II, d'hypertension, d'hypercholestérolémie, d'obésité, de cancer du côlon[24] et d'ostéoporose[25]. À l'inverse, le manque d'activités physiques constitue un important facteur de risque associé au développement de plusieurs maladies chroniques. Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé considère maintenant la sédentarité comme faisant partie des dix principales causes de mortalité et d'incapacité dans le monde[26]. En 1998, la proportion de la population montérégienne se disant active, à raison de trois fois par semaine ou plus, était seulement de 23 %[27].

[17] Sauvageau, 2003.
[18] Institut de la statistique du Québec, 2003.
[19] Bertrand et autres, 1995.
[20] Go et autres, 2004.
[21] Bazzano, HE, Ogden et autres, 2002.
[22] Institut de la statistique du Québec, 2003.
[23] Kino-Québec, 1999.
[24] Kino-Québec, 1999.
[25] Murphy et Carroll, 2003.
[26] Organisation mondiale de la santé.
[27] Sauvageau, 2001, Chapitre 7.

2.2 *FACTEURS BIOLOGIQUES*

➢ Hypertension artérielle

L'hypertension artérielle (HTA) se définit en fonction de valeurs de tension systolique (≥140 mm Hg) et diastolique (≥90 mm Hg). À court terme, le patient hypertendu non traité risque une crise aiguë d'hypertension et, à long terme, sa condition pose un risque majeur à sa santé cardiovasculaire[28]. La mortalité par maladies hypertensives a diminué en Montérégie entre 1984 et 1998. Toutefois, la prévalence déclarée de l'hypertension tend à augmenter, passant de 6 % en 1987 à 8 % en 1998[29].

Au Canada, 21 % des adultes sont hypertendus mais presque la moitié d'entre eux ignorent qu'ils le sont. Parmi ceux qui le savent, on rapporte que seulement la moitié des hypertendus sont traités et parmi ceux-ci, environ un sur deux serait mal contrôlé. Bref, seulement 13 % des cas d'hypertension seraient diagnostiqués, traités et bien contrôlés[30].

➢ Dyslipidémies

Les dyslipidémies se caractérisent par une concentration trop importante dans le sang de certains lipides tels que les lipoprotéines de faible densité (LDL, mauvais cholestérol) ou les triglycérides et une diminution de lipoprotéines de haute densité (HDL, bon cholestérol). La relation de cause à effet entre les dyslipidémies, l'athérosclérose et le développement des maladies cardiovasculaires est bien connue[31].

➢ Surplus de poids

On définit l'embonpoint par un indice de masse corporelle (IMC) de 25 à 29,9 kg/m2 et l'obésité par un IMC de 30 kg/m2 et plus[32]. Le surplus de poids, qui s'exprime en termes d'embonpoint et d'obésité, est un facteur de risque de plusieurs maladies chroniques. Selon des données canadiennes de 1999, la moitié des cas de diabète de type II, le tiers des cas d'hypertension et le quart des cancers de l'endomètre et d'embolies pulmonaires[33] sont attribuables à l'obésité. En 2003, la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité dans la population adulte (18 ans et plus) de la Montérégie était respectivement de 35 % et de 15 %, comparativement à 28 % et 9 % en 1987[34].

Le surplus de poids augmente le risque de maladies cardiovasculaires et réduit l'espérance de vie. Or, l'obésité abdominale, évaluée par le tour de taille, est un facteur de prédiction des maladies cardiovasculaires. Ainsi, les risques de maladies cardiovasculaires seraient triplés lorsque le tour de taille excède 88 cm chez les femmes et 102 cm chez les hommes.

[28] Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994.
[29] Sauvageau, 2001, Chapitres 13 et 14.
[30] Joffres et autres, 2001.
[31] Smith et autres, 2001.
[32] Santé Canada, 2003.
[33] Birnigham, Muller, Spinelli et Anis,1999.
[34] Institut de la statistique du Québec, 2004 a et b.

2.3 Effets potentiels du Programme « 0-5-30 Combinaison/ Prévention » : l'exemple des MCV

Les maladies cardiovasculaires figurent en tête de liste des causes de mortalité au Québec comme à l'échelle du globe. L'exemple des MCV sera utilisé pour illustrer l'effet potentiel de l'adoption du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* ». Huit facteurs de risque modifiables associés au développement des MCV[35] peuvent être réduits par l'adoption du Programme « *0-5-30 Combinaison/ Prévention* » (**tableau IV**).

Tableau IV : « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » et réduction des facteurs de MCV

FACTEURS DE RISQUE	0 TABAC	5 FRUITS/LEGUMES	30 MINUTES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES
Hypertension artérielle	↓	↓	↓
Dyslipidémies		↓	↓
Stress			↓
Diabète de type II	↓	↓	↓
Obésité		↓	↓
Tabagisme	↓		
Sédentarité			↓
Faible consommation de fruits et légumes		↓	

[35] Yusuf, Hawken, Ounpuu et autres, 2005.

3. Programme intégré de prévention des maladies chroniques « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » : stratégies d'intervention

Le Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » repose sur trois stratégies : la promotion des pratiques cliniques préventives, des actions éducatives et environnementales.

3.1 Pratiques cliniques préventives

Les pratiques cliniques préventives (PCP) réfèrent aux actions menées par un professionnel de la santé auprès d'un individu dans un but de prévention. Dans le domaine des maladies chroniques, ces pratiques comprennent des actions telles que le *counselling* (ex. : *counselling* anti-tabac), des mesures de dépistage et de prise en charge (ex. : HTA). L'efficacité des PCP est déterminée sur la base des preuves issues d'études scientifiques ou établies selon des consensus d'experts.

Bien que les médecins comptent parmi les professionnels de la santé les plus susceptibles d'influencer les comportements de leurs patients, les actions préventives en milieu clinique ne sont pas offertes de façon optimale[36]. D'autres professionnels de la santé, lorsque habilités, sont tout aussi en mesure d'influencer le comportement du patient. L'amélioration des pratiques préventives passe donc par la promotion des PCP auprès des différents professionnels. La promotion des PCP auprès des professionnels de la santé, telle que prévue par le Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* », consiste à favoriser et à soutenir les pratiques démontrées efficaces pour prévenir les maladies chroniques.

3.2 Actions éducatives

Les actions éducatives ou l'éducation à la santé visent à ce que chaque citoyen acquiert, tout au long de sa vie, les compétences et les moyens lui permettant de préserver sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de sa collectivité par :

- l'acquisition de connaissances, d'aptitudes et d'habiletés favorisant la prise en charge de sa santé;
- l'implication dans les choix relatifs à sa propre santé et à celle de la collectivité.

Un programme d'éducation à la santé comporte des actions de trois natures différentes, articulées entre elles de façon cohérente et complémentaire :

- des campagnes de communication visant à sensibiliser la population à de grandes questions de santé et à modifier les représentations et les normes sociales (ex. : changement de la norme sociale concernant la FTS);
- des renseignements scientifiquement validés et disponibles sur la promotion de la santé, les actions préventives, les maladies et leurs traitements ainsi que sur les services de santé, en utilisant des outils et des formulations variés adaptés à chaque groupe de la population;

[36] Bélanger, Richer et Thériault, 2003.

- des actions éducatives qui aident chaque personne en fonction de ses besoins, de ses attentes et de ses compétences à comprendre l'information et à se l'approprier pour être en mesure de l'utiliser dans sa vie[37].

3.3 ACTIONS ENVIRONNEMENTALES

Les actions environnementales visent à modifier divers types d'environnements (physique, politique, législatif, économique et socioculturel) de façon à favoriser l'adoption des habitudes de vie quotidiennes préconisées par le programme, soit 0 tabagisme, la consommation d'au moins 5 portions de fruits ou de légumes et la pratique d'au moins 30 minutes d'activités physiques d'intensité modérée. Ces actions comportent notamment la mise en place d'infrastructures, l'aménagement de milieux et l'adoption de politiques et de réglementations. Par ailleurs, bien que des actions de santé publique s'imposent sur les plans local et régional, il n'en demeure pas moins que des actions complémentaires visant à modifier divers facteurs environnementaux devront être envisagées sur le plan national, notamment sur le plan social, économique et politique, de façon à faciliter l'adoption de saines habitudes de vie. Parmi les facteurs environnementaux pouvant faire l'objet d'actions, on retrouve :

- la disponibilité et l'accessibilité des aliments sains et nutritifs (ex. : jardins communautaires, cuisines collectives, etc.);
- l'environnement bâti (ex. : aménagement de parcs publics sécuritaires);
- les structures sociales et politiques (ex. : politique de conciliation travail/famille; politique familiale dans les municipalités, mesures pour contrer la pauvreté et les inégalités).

3.4 PERTINENCE DE L'APPROCHE INTÉGRÉE

Un programme efficace de prévention des maladies chroniques inclut des pratiques cliniques préventives ainsi que des actions éducatives et environnementales. Dans une perspective populationnelle[38], les actions sur les facteurs environnementaux ont le plus d'impact. C'est pourquoi le recours à une approche intégrée de promotion des saines habitudes de vie semble une stratégie prometteuse de prévention des maladies chroniques dans la mesure où elle tient compte de la nécessité d'agir simultanément sur plusieurs facteurs influençant ces comportements, par la mise en œuvre de stratégies multiples et intersectorielles, et ce, à divers niveaux décisionnels (local, régional et national).

L'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada définit l'approche intégrée de prévention des maladies chroniques selon les paramètres suivants. Celle-ci :

- tient compte des facteurs de risque communs aux maladies chroniques;
- prend appui sur les initiatives existantes;
- sollicite la participation de l'ensemble du système de santé;
- suppose le développement d'actions intersectorielles et multidisciplinaires, actions se situant parfois hors du secteur de la santé;
- a recours à de multiples stratégies d'action[39].

[37] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (République française).
[38] Approche de planification stratégique de l'offre de service sur un territoire donné qui considère l'ensemble des besoins de la population (adaptée de la présentation de J. Sauvé, Directrice de santé publique de la Montérégie, ADRLSSSS, 10 mars 2005).
[39] Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, 2004.

De façon plus spécifique, le programme intégré de prévention des maladies chroniques proposé en Montérégie repose sur l'intégration des trois habitudes de vie quotidiennes à un même message « 0-5-30 Combinaison/Prévention », repris par tous les intervenants de tous les secteurs et par la combinaison de trois stratégies de promotion de saines habitudes de vie. On retrouve au **tableau V** les trois stratégies préconisées, les cibles, objectifs et milieux visés de même que des exemples d'actions propres à chacune de ces stratégies.

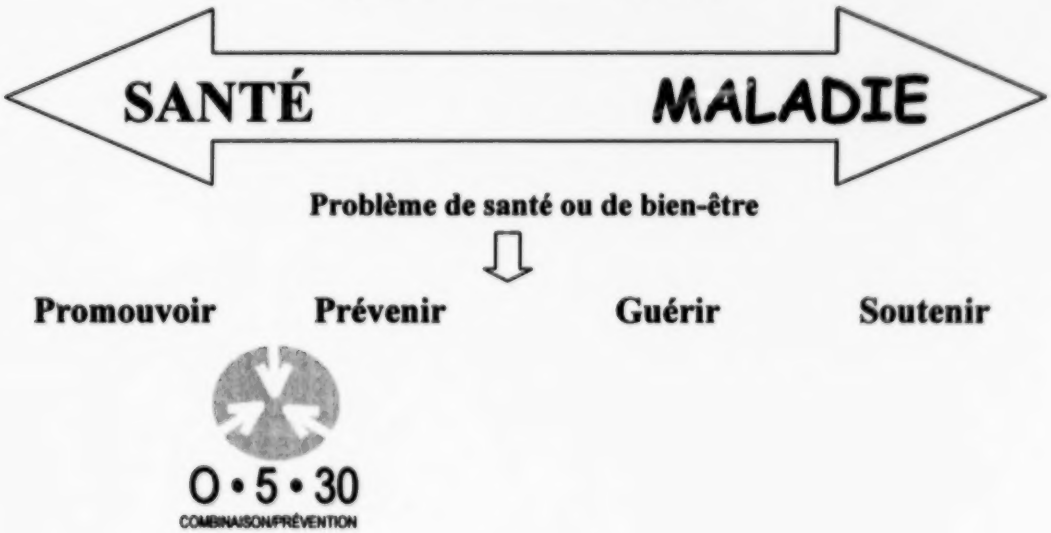
Tableau V : Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* »

STRATÉGIES	Pratiques cliniques préventives	Actions éducatives	Actions environnementales
CIBLES	Professionnels de la santé et des services sociaux	Individus, groupes, population 18 ans et plus	Décideurs, élus, organisations qui façonnent les environnements physiques, sociaux, économiques, législatifs, culturels, politiques
OBJECTIFS	Amélioration des pratiques professionnelles préventives	Amélioration des connaissances, des attitudes et des habiletés et changement de comportements	Rendre les environnements favorables à l'adoption et au maintien de saines habitudes de vie
ACTIONS	*Counselling* sur les habitudes de vie, dépistage et prise en charge de l'HTA, du diabète de type II et des dyslipidémies	Campagnes de communication, diffusion de renseignements et actions éducatives de proximité (ex. : atelier Boîte à lunch)	Modification d'environnements physique, social, économique, culturel, législatif, politique (ex. : infrastructures, transport, installations sportives)
MILIEUX VISÉS	CSSS, GMF, cabinets privés, services de santé en milieu de travail, etc.	Milieu de travail, communauté, CEA, CFP, Cégep, centres de jour des CHSLD, CHSGS, municipalités, organismes communautaires, milieu de la restauration, etc.	Milieu de travail, communauté, CEA, CFP, Cégep, CHSLD, CHSGS, municipalités, organismes communautaires, milieu de la restauration, etc.

3.5 PROGRAMME « 0-5-30 COMBINAISON/PRÉVENTION » DANS LE CONTINUUM SANTÉ-MALADIE

Étant donné l'importance des maladies chroniques, la modification même minime des habitudes de vie sur le plan individuel est susceptible de produire des résultats appréciables sur le plan populationnel[40], tant chez les individus en santé que chez ceux à risque ou malades. Le Programme « *0-5-30 Combinaison/ Prévention* » s'inscrit en amont des problèmes de santé dans le continuum santé-maladie tel qu'illustré à la **figure 2**. On le retrouve au niveau des actions de promotion et de prévention dans le continuum de services concernant les maladies chroniques.

Figure 2 : Continuum santé-maladie



Source : Adapté de Roy, 2005.

3.6 MILIEUX INTERPELLÉS PAR LE PROGRAMME « 0-5-30 COMBINAISON/PRÉVENTION »

Les milieux interpellés par le Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » assument une responsabilité primordiale dans l'implantation des diverses actions de même que dans la définition des besoins de la population ciblée. Leur collaboration est essentielle à l'implantation des diverses activités proposées par le programme. Cette section présente l'ensemble des milieux qui pourraient potentiellement s'engager dans le déploiement du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* ». Cependant, à court terme, le milieu de travail et le milieu municipal seront plus particulièrement sollicités.

[40] Mozaffarian et autres, 2004.

➢ Milieu de travail

Le milieu de travail est dit « *captif* » dans la mesure où l'on y retrouve 75 % des adultes âgés de 25 à 44 ans qui y passent 60 % de leurs heures actives. Un des objectifs visés par le Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » consiste à promouvoir de saines habitudes de vie dans 15 % des milieux de travail de 100 employés et plus dans chaque territoire de CSSS. Il est également prévu de rendre ces milieux favorables à l'adoption de saines habitudes de vie en implantant, par exemple, une politique alimentaire modifiant le contenu des machines distributrices.

➢ Milieu municipal

Les actions dans la communauté interpellent notamment les MRC ainsi que l'ensemble des municipalités et arrondissements du territoire. Le milieu municipal est propice à la promotion de saines habitudes de vie. Ce milieu sera également interpellé, entre autres, pour rendre les infrastructures sportives plus accessibles aux familles ou pour les développer là où elles sont inexistantes. Le milieu municipal peut également intervenir pour favoriser l'adoption de politiques alimentaires sur son territoire.

➢ Milieu d'enseignement aux adultes

Les milieux d'enseignement aux adultes incluent les centres d'éducation aux adultes, les centres de formation professionnelle et les cégeps. Ces milieux seront mis à contribution pour l'implantation de politiques alimentaires.

➢ Milieu de vie des aînés

Les responsables de résidences privées de 75 résidants et plus et les centres de jour des CHSLD sont également conviés à promouvoir de saines habitudes de vie.

➢ Organismes communautaires

Les organismes communautaires sont reconnus pour défendre les besoins et intérêts des personnes ou des familles les plus vulnérables. Ainsi, les organismes qui oeuvrent dans le développement de projets de sécurité alimentaire ou qui offrent un service de livraison de repas à domicile (popote roulante) seront interpellés pour maximiser la disponibilité et l'accessibilité à une saine alimentation.

➢ Milieux cliniques

Les milieux cliniques visés par l'implantation des PCP identifiées dans le PAR sont : les CSSS, les GMF[41], les CHSLD[42], les CHSGS[43], les cabinets médicaux, les cabinets de dentistes et les pharmacies communautaires ainsi que les services de santé présents dans les milieux d'intervention (ex. : milieu de travail).

3.7 *PROPOSITIONS D'ACTIONS*

On retrouve aux **tableaux VI, VII et VIII** des actions proposées selon les trois habitudes de vie quotidiennes préconisées : 0 tabagisme, 5 portions de fruits et de légumes et 30 minutes d'activités physiques, et les trois stratégies d'intervention : promotion des pratiques cliniques préventives, actions éducatives et environnementales, et ce, selon les trois niveaux d'application (local, régional et national).

[41] Groupe de médecine de famille.
[42] Centre d'hébergement de soins de longue durée.
[43] Centre hospitalier de services généraux et spécialisés.

Tableau VI : Actions de niveau local

Stratégies	Objectifs	Actions du CSSS	Milieux cibles	Partenaires	Outils
Actions éducatives	Réduire l'exposition des personnes à la fumée de tabac secondaire (FTS)	• Promouvoir des lieux sans fumée • Mener des activités sur les dangers de la FTS	Milieux de travail Municipalités Cégeps	DSP (soutien) Cégeps (comité santé) Médias locaux Organismes communautaires	Matériel régional sur la FTS Mise à jour de la formation
	Réaliser des activités de promotion de la cessation tabagique dans chaque territoire de CSSS	• Collaborer aux activités de promotion de la cessation tabagique et de référence aux centres d'abandon du tabagisme (CAT)	Milieux de travail Milieux de l'éducation aux adultes (CFP, CEA) Municipalités	DSP (soutien)	Matériel régional de promotion de la cessation tagagique Matériel du Conseil québécois sur le tabac et la santé et d'Acti-Menu Matériel du MSSS
	Offrir le programme « *Croquez-en 5 à 10 par jour… à votre goût* »	• Promouvoir et dispenser les ateliers du programme • Recruter et soutenir les intervenants qui animent les ateliers	Milieux de travail Milieux de l'éducation aux adultes (CFP, CEA) Municipalités Organismes communautaires	DSP (soutien) Association des diététistes autonomes du Québec	Guide de l'intervenant
	Mettre en œuvre des activités visant à soutenir les campagnes de communication provinciales axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie (*la consommation d'au moins 5 fruits et légumes par jour, la pratique d'au moins 30 minutes d'activités physiques d'intensité modérée, le non-tabagisme*) dans tous les territoires de CSSS	• Diffuser le matériel promotionnel dans les milieux d'intervention • Soutenir les milieux d'intervention dans la réalisation des activités • Souligner dans les milieux les journées, semaines ou mois thématiques en lien avec les habitudes de vie	Milieux de travail Milieux de l'éducation aux adultes (CFP, CEA) Municipalités Résidences privées de 75 résidants et plus	DSP (soutien)	Matériel promotionnel national et régional Sites internet de : *Défi 5/30* *Kino-Québec* *Défi j'arrête j'y gagne* Calendrier des journées thématiques Matériel promotionnel et éducatif produit par les organismes promoteurs

* Ces objectifs correspondent aux résultats attendus du Plan d'action régional en matière de tabagisme, d'alimentation, d'activités physiques et de pratiques cliniques préventives chez les adultes et les aînés.

Tableau VI : *Actions de niveau local*

Stratégies	Objectifs	Actions du CSSS	Milieux cibles	Partenaires	Outils
Actions environnementales	15 % des milieux de travail de plus de 100 employés auront : • *réalisé une activité de promotion de la cessation tabagique* • *implanté une politique alimentaire* • *mis en place, pour les employés, des programmes et des environnements favorisant la pratique de l'activité physique (incluant un rappel de l'usage des escaliers)***	• Identifier les milieux de travail intéressés • Élaborer un plan d'intervention • Soutenir les porteurs de dossier « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » dans les milieux de travail • Collaborer à l'évaluation	Milieux de travail	DSP (soutien)	Guide d'élaboration et d'implantation d'une politique alimentaire Matériel régional de promotion de la cessation tabagique Matériel du Conseil québécois sur le tabac et la santé et d'Acti-Menu Guide d'intervention en milieu de travail Sites Internet
	Au moins 10 % des centres d'éducation aux adultes, des centres de formation professionnelle et des cégeps auront implanté une politique alimentaire	• Identifier les milieux d'intervention intéressés • Élaborer un plan d'intervention • Collaborer à l'évaluation • Soutenir l'implantation de la politique alimentaire dans les milieux d'intervention	Milieux de l'éducation aux adultes (CFP, CEA) Cégeps	DSP (soutien)	Guide d'élaboration et d'implantation d'une politique alimentaire
	Implanter des actions concertées visant à améliorer l'accessibilité et la disponibilité d'aliments sains et nutritifs en milieu défavorisé dans chaque territoire de CSSS	• Favoriser le développement de projets de sécurité alimentaire (jardins communautaires et collectifs, ateliers de cuisine santé, groupes d'achats, cuisines collectives, etc.)	Organismes communautaires	DSP (soutien) Table de sécurité alimentaire Municipalités	Cadre de référence : Programme de subvention de projet en matière de sécurité alimentaire (MSSS)

* Ces objectifs correspondent aux résultats attendus du Plan d'action régional en matière de tabagisme, d'alimentation, d'activités physiques et de pratiques cliniques préventives chez les adultes et les aînés.

** Efficacité démontrée.

Tableau VI : Actions de niveau local

Stratégies	Objectifs	Actions du CSSS	Milieux cibles	Partenaires	Outils
Actions environnementales (suite)	50 % des résidences privées pour les personnes âgées de 75 résidants et plus et 25 % des organismes communautaires offrant des repas à domicile auront implanté une politique alimentaire	▪ Identifier les milieux d'intervention intéressés ▪ Élaborer un plan d'intervention ▪ Collaborer à l'évaluation ▪ Soutenir l'implantation de la politique alimentaire dans les milieux d'intervention	Résidences privées de 75 résidants et plus Organismes communautaires avec un service de popote roulante	DSP (soutien) Municipalités	Guide d'élaboration et d'implantation d'une politique alimentaire
	50 % des municipalités ayant des ressources permanentes en loisir et 10 % des municipalités sans ressources permanentes en loisir auront participé à au moins un programme ou une intervention de promotion de l'activité physique de Kino-Québec	▪ Promouvoir les interventions de Kino-Québec auprès des municipalités visant à rendre les environnements favorables à la pratique d'activités physiques ▪ Sensibiliser les MRC à l'importance de l'aménagement d'environnements favorables à la promotion des saines habitudes de vie ▪ Promouvoir et soutenir le développement des interventions communautaires fondées sur le soutien social visant à favoriser la pratique d'activités physiques par le développement, la consolidation et le maintien de réseaux sociaux (ex. : club de marche)	Municipalités MRC Comité de citoyens Organismes communautaires	DSP (soutien) Loisir et Sport Montérégie	Matériel promotionnel de Kino-Québec (Plaisir sur glace, campagne Marche journées actives) Argumentaire (à développer)
	50 % des résidences privées de 75 résidants et plus et 25 % des CHSLD (centres de jour) auront participé à un programme ou une intervention de promotion de l'activité physique de Kino-Québec	▪ Promouvoir les interventions de Kino-Québec auprès des résidences de personnes âgées et des centres de jour	Résidences privées de 75 résidants et plus CHSLD (centres de jour)	DSP (soutien)	Matériel promotionnel de Kino-Québec (campagne Marche journées actives)

* Ces objectifs correspondent aux résultats attendus du Plan d'action régional en matière de tabagisme, d'alimentation, d'activités physiques et de pratiques cliniques préventives chez les adultes et les aînés.

** Efficacité démontrée.

Tableau VI : Actions de niveau local

Stratégies	Objectifs	Actions du CSSS	Milieux cibles	Partenaires	Outils
PCP	Les interventions pour soutenir l'intégration d'un moins une pratique clinique préventive auront été implantées dans au moins quatre territoires de CLSC	▪ Collaborer à la promotion des pratiques cliniques préventives	GMF Cliniques privées Pharmacies Cliniques dentaires	DSP (soutien)	Offre de service (à développer)

* Ces objectifs correspondent aux résultats attendus du Plan d'action régional en matière de tabagisme, d'alimentation, d'activités physiques et de pratiques cliniques préventives chez les adultes et les aînés.

Tableau VII : Actions de niveau régional

Stratégies	Objectifs	Actions	Partenaires	Outils	Formation
Actions éducatives	Réduire l'exposition des personnes à la fumée de tabac secondaire (FTS)	• Développer les activités régionales de promotion de la cessation de fumer dans les milieux d'intervention • Soutenir des actions éducatives portant sur la FTS dans différents milieux • Soutenir les actions politiques, notamment la modification de la Loi sur le tabac	MSSS CSSS Centres d'abandon du tabagisme Organismes communautaires	Matériel promotionnel régional Documents d'information : • actualisés pour la population en général • adaptés pour les clientèles défavorisées et vulnérables	Formation sur la FTS (à développer)
	Promouvoir l'utilisation du programme « *Croquez-en 5 à 10 par jour… à votre goût* »	• Former et soutenir les intervenants qui animeront les ateliers	CSSS Conférence régionale des élus Conseil bioalimentaire Direction régionale du ministère de l'Éducation du Québec Association des diététistes autonomes du Québec	Guide de l'intervenant	Formation (à développer)
	Soutenir les campagnes de communication provinciales axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie (*le non-tabagisme, la consommation d'au moins 5 portions de fruits et légumes par jour, la pratique d'au moins 30 minutes par jour d'activités physiques d'intensité modérée*)	• Diffuser le matériel provincial en lien avec les campagnes telles que *Vas-y, Défi 5/30, Plaisir sur glace, Mon style de marche, Défi j'arrête j'y gagne* • Promouvoir et soutenir l'implantation d'activités locales • Produire des outils régionaux au besoin • Souligner les journées, semaines ou mois thématiques en lien avec les habitudes de vie, s'il y a lieu	CSSS et représentants des milieux ciblés MSSS et autres ministères Médias Acti-Menu Réseau Villes et Villages en santé Loisir et Sport Montérégie Kino-Québec (national) Fondation des maladies du cœur du Québec Association pulmonaire du Québec Conseil québécois sur le tabac et la santé Coalition québécoise pour le contrôle du tabac Association des diététistes autonomes du Québec Organismes promoteurs des journées, semaines ou mois thématiques	Plan de communication Matériel promotionnel national et régional Sites Internet Chroniques sur les saines habitudes de vie Calendrier des événements à développer	

* Ces objectifs correspondent aux résultats attendus du Plan d'action régional en matière de tabagisme, d'alimentation, d'activités physiques et de pratiques cliniques préventives chez les adultes et les aînés.

Tableau VII : Actions de niveau régional

Stratégies	Objectifs	Actions	Partenaires	Outils	Formation
Actions environnementales	Soutenir les services de cessation tabagique	• Développer et consolider les centres d'abandon du tabagisme	MSSS CSSS Centres d'abandon du tabagisme	Matériel promotionnel des centres d'abandon du tabagisme	Continu
	Favoriser et soutenir l'implantation d'une politique alimentaire en milieu de travail, en milieu de l'éducation des adultes, dans les résidences privées de 75 résidants et plus et en milieu communautaire	• Développer un guide d'élaboration et d'implantation d'une politique alimentaire pour chacun des milieux ciblés	Représentants des milieux ciblés au sein d'un comité consultatif CSSS Association des diététistes autonomes du Québec	Guide d'élaboration et d'implantation d'une politique alimentaire (à développer)	Formation à l'intention des utilisateurs du guide Formation à l'intention des gestionnaires et du personnel des services alimentaires
	Soutenir l'implantation d'actions concertées visant à améliorer l'accessibilité et la disponibilité d'aliments sains et nutritifs en milieu défavorisé	• Coordonner le programme de subvention en sécurité alimentaire en mettant l'emphase sur la consommation de fruits et légumes • Mettre sur pied un comité régional intersectoriel en sécurité alimentaire dont le mandat serait de promouvoir l'accessibilité et la disponibilité d'aliments sains et nutritifs	Tables locales en sécurité alimentaire CSSS Conférence régionale des élus Direction régionale du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec Conseil bioalimentaire de la Montérégie Banques alimentaires régionales Réseau Villes et Villages en santé Union des producteurs agricoles Table régionale des organismes communautaires de la Montérégie Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille du Québec	Programme de subvention Outil de diagnostic et d'analyse Plan d'action régional Cadre de référence : Programme de subvention de projet en matière de sécurité alimentaire (MSSS) Portrait régional de la sécurité alimentaire	Échanges sur les pratiques de sécurité alimentaire qui favorisent la consommation de fruits et légumes

* Ces objectifs correspondent aux résultats attendus du Plan d'action régional en matière de tabagisme, d'alimentation, d'activités physiques et de pratiques cliniques préventives chez les adultes et les aînés.

Tableau VII : Actions de niveau régional

Stratégies	Objectifs	Actions	Partenaires	Outils	Formation
Actions environnementales (suite)	50 % des municipalités ayant des ressources permanentes en loisir et 10 % des municipalités sans ressources permanentes en loisir auront participé à au moins un programme ou une intervention de promotion de l'activité physique de Kino-Québec	• Développer une politique en matière d'activités physiques, sportives et de plein air pour améliorer l'accessibilité physique et économique à la pratique de l'activité physique • Proposer des mesures incitatives à l'activité physique de loisir et au transport actif (ex. : environnements favorables à la pratique d'activités physiques, négociation de tarification, programme d'utilisation des escaliers, etc.) • Participer aux consultations régionales sur la révision des schémas d'aménagement • Développer des interventions fondées sur le soutien de la communauté (ex. : club de marche)	Transport Québec Kino-Québec Municipalités Loisir et Sport Montérégie Carrefour municipal Fédération de l'âge d'or du Québec	Modèle de politique (à développer) Avis scientifique de Kino-Québec : Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec	À développer Sites internet : *Kino-Québec :* http://www.kino-quebec.qc.ca *Escaliers vers la santé :* http://www.phac-aspc.gc.ca/sth-evs/francais/index. htm

• Ces objectifs correspondent aux résultats attendus du Plan d'action régional en matière de tabagisme, d'alimentation, d'activités physiques et de pratiques cliniques préventives chez les adultes et les aînés.

Tableau VII : *Actions de niveau régional*

Stratégies	Objectifs	Actions de la DSP	Partenaires	Outils	Formation
PCP	Élaborer et présenter une offre de service pour promouvoir et soutenir l'intégration du *counselling* sur la prévention et la cessation tabagique, incluant l'intervention minimale ou brève**	• Promouvoir le recours au *counselling* bref ou minimal dans les CSSS et les GMF • Former les médecins, dentistes et pharmaciens et autres professionnels de la santé à l'intervention minimale ou brève	Répondants des centres d'abandon du tabagisme Ordres ou associations de professionnels de la santé	Guide du formateur : Formation sur le *counselling* antitabagique	Formation à l'intervention minimale ou brève pour les professionnels des CSSS (existante) Formation à l'intervention minimale ou brève pour les médecins (existante) Formation à l'intervention minimale ou brève pour les dentistes, pharmaciens et autres professionnels (à développer)
	Élaborer et présenter une offre de service pour promouvoir et soutenir l'intégration du *counselling* concernant les habitudes alimentaires auprès des adultes ayant des facteurs de risque de maladies chroniques (HTA, dyslipidémie, surplus de poids)	• Développer et diffuser un cadre de référence pour le *counselling* intensif • Développer et expérimenter une intervention de *counselling* bref ou minimal dans un CSSS ou un GMF	DRMG Ordres ou associations de professionnels de la santé	À développer À développer (outil *screening*, algorithme de décision, matériel d'enseignement, matériel éducatif pour les clients)	À développer à l'intention des praticiens ciblés
	Élaborer et présenter une offre de service pour recommander la pratique d'activités physiques d'intensité modérée (30 minutes presque chaque jour)	• Développer et diffuser un cadre de référence pour le *counselling* intensif rappelant l'importance de la pratique d'activités physiques • Développer et expérimenter une intervention de *counselling* bref ou minimal dans un CSSS ou un GMF	DRMG Ordres ou associations de professionnels de la santé	Guide du formateur	À développer à l'intention des praticiens ciblés

* Ces objectifs correspondent aux résultats attendus du Plan d'action régional en matière de tabagisme, d'alimentation, d'activités physiques et de pratiques cliniques préventives chez les adultes et les aînés.

** Efficacité démontrée.

Tableau VIII : *Actions de niveau national*

Habitude de vie	Actions éducatives	Actions environnementales
Tabagisme*	▪ Diffuser des campagnes de communication provinciales sur la FTS ▪ Développer des outils d'information pour diffusion massive sur la FTS ▪ Mettre à jour l'information et effectuer une vigie continuelle sur les développements concernant la FTS	**Réviser la Loi sur le tabac :** ▪ Inclure les restaurants et les bars ainsi que tous les autres endroits où il est encore autorisé de fumer ▪ Appliquer la loi concernant la vente aux mineurs ▪ Interdire la publicité sur les lieux de vente **Mesures fiscales :** ▪ Augmenter les taxes sur le tabac ▪ Récupérer l'impôt perdu lors de la contrebande téléguidée par l'industrie du tabac ▪ Transférer les profits et taxes du tabac au budget de lutte au tabagisme **Soutenir ou entamer les poursuites de l'industrie :** ▪ Pour dédommager les fumeurs floués ▪ Condamner les entreprises manufacturières qui ont délibérément détourné la production vers la contrebande **Autres mesures :** ▪ Développer et soutenir les interventions de dénormalisation des produits du tabac ▪ Repérer, dénoncer et interdire la publicité détournée ou légale pour rejoindre les jeunes fumeurs

* Mesures inscrites au Programme québécois de lutte contre le tabagisme et dans l'avis scientifique de l'INSPQ sur la prévention du tabagisme chez les jeunes.

Tableau VIII : *Actions de niveau national*

Habitude de vie	Actions éducatives	Actions environnementales
Alimentation	**Alimentation et activités physiques :** ▪ Campagnes de communication provinciales axées sur la promotion de 5 portions de fruits et légumes par jour et 30 minutes d'activités physiques (Vas-y, Défi Santé 5/30) **Chantier[*] socioculturel et médias (alimentation) :** ▪ Réaliser des actions d'influence auprès des médias quant aux déterminants individuels et environnementaux associés à une saine alimentation ▪ Uniformiser le discours des intervenants de santé publique quant à la problématique du poids, aux habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques ▪ Soutenir les régions dans leur stratégie de communication en leur fournissant des contenus thématiques et les arguments nécessaires ▪ Développer une stratégie de modification des normes sociales en définissant les messages et les actions à mettre de l'avant, notamment à l'intérieur des campagnes	▪ Proposer des mesures incitatives afin d'orienter la consommation d'aliments plus sains (incluant taxes sur le « *junk food* » et une politique de réduction du prix des fruits et légumes) ▪ Réviser la politique nationale en matière de nutrition ▪ Sensibiliser les décideurs de l'industrie agroalimentaire à l'importance de maintenir des formats individuels d'aliments et de boissons appropriés **Chantier environnements alimentaires sains :** ▪ Explorer, documenter et proposer des possibilités de modification des normes et des pratiques alimentaires en milieux municipal et privé ▪ Proposer aux régions une démarche permettant de faire le portrait des normes et pratiques alimentaires en milieux municipal et privé ▪ Effectuer une analyse des actions actuellement en place et des opportunités

[*] En suivi au Forum des générations, une équipe de travail intersectorielle a pour mandat de développer des approches de prévention pour assurer une saine alimentation et permettre la pratique de l'activité physique chez les jeunes et leur famille. L'équipe peut compter sur l'ensemble des travaux, au niveau provincial, en promotion de saines habitudes de vie et prévention des maladies chroniques ainsi que sur ceux en lien avec la mise en œuvre des chantiers sur l'obésité et la problématique du poids. Les actions proposées reflètent le mandat de chacun des chantiers. Un rapport est attendu pour juin 2005 en provenance de ces chantiers.

Tableau VIII : Actions de niveau national

Habitude de vie	Actions éducatives	Actions environnementales
Activités physiques	**Alimentation et activités physiques :** ▪ Campagnes de communication provinciales axées sur la promotion de 5 portions de fruits et légumes par jour et de 30 minutes d'activités physiques (Vas-y, Défi Santé 5/30) **Chantier[*] socioculturel et médias (activités physiques) :** ▪ Réaliser des actions d'influence auprès des médias quant aux déterminants individuels et environnementaux associés à un mode de vie physiquement actif ▪ Uniformiser le discours des intervenants de santé publique quant à la problématique du poids, aux habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques ▪ Soutenir les régions dans leur stratégie de communication en leur fournissant des contenus thématiques et les arguments nécessaires ▪ Développer une stratégie de modification des normes sociales en définissant les messages et les actions à mettre de l'avant, notamment à l'intérieur des campagnes	**Chantier activité physique et environnement bâti :** ▪ Planifier le développement d'une politique d'accès au transport actif et à l'activité physique de loisir en milieu municipal ▪ Promouvoir des crédits d'impôt pour l'inscription à des programmes d'activités physiques et/ou sportives ▪ Mettre en œuvre des mesures fiscales favorables aux milieux de travail qui investissent dans les programmes d'activités physiques

[*] En suivi au Forum des générations, une équipe de travail intersectorielle a pour mandat de développer des approches de prévention pour assurer une saine alimentation et permettre la pratique de l'activité physique chez les jeunes et leur famille. L'équipe peut compter sur l'ensemble des travaux, au niveau provincial, en promotion de saines habitudes de vie et prévention des maladies chroniques ainsi que sur ceux en lien avec la mise en œuvre des chantiers sur l'obésité et la problématique du poids. Les actions proposées reflètent le mandat de chacun des chantiers. Un rapport est attendu pour juin 2005 en provenance de ces chantiers.

Tableau VIII : *Actions de niveau national*

Habitude de vie	Actions éducatives	Actions environnementales
Habitudes de vie/obésité	**Chantier[*] pratiques cliniques préventives :** ▪ Identifier les pratiques cliniques préventives à mettre en place pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie et une saine gestion du poids (jeunes et adultes) ▪ Développer les éléments du *counselling* individuel à implanter pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie et une saine gestion du poids (pour l'ensemble de la population et pour la population avec un excès de poids) ▪ Identifier les programmes de groupe à mettre en place pour l'ensemble de la population et pour la population avec un excès de poids ▪ Élaborer la formation des professionnels de la santé	

[*] En suivi au Forum des générations, une équipe de travail intersectorielle a pour mandat de développer des approches de prévention pour assurer une saine alimentation et permettre la pratique de l'activité physique chez les jeunes et leur famille. L'équipe peut compter sur l'ensemble des travaux, au niveau provincial, en promotion de saines habitudes de vie et prévention des maladies chroniques ainsi que sur ceux en lien avec la mise en œuvre des chantiers sur l'obésité et la problématique du poids. Les actions proposées reflètent le mandat de chacun des chantiers. Un rapport est attendu pour juin 2005 en provenance de ces chantiers.

4. Implantation du Programme « *0-5-30 Combinaison/ Prévention* »

4.1 Structures d'implantation et mandats

➢ Niveau régional

Équipe « maladies chroniques/habitudes de vie »

L'équipe « *maladies chroniques/habitudes de vie* » de la DSP est composée des répondants des dossiers suivants : tabac, alimentation, sécurité alimentaire, activités physiques et pratiques cliniques préventives. Elle a pour fonction : 1) de définir et mettre à jour le cadre de référence du Programme intégré « *0-5-30 Combinaison/Prévention* »; 2) de proposer une stratégie régionale d'implantation du programme; 3) d'élaborer et de diffuser des outils de promotion; 4) de réaliser les activités de formation destinées aux agents de promotion de saines habitudes de vie et autres intervenants des CSSS; 5) de répondre à toute demande d'information et de soutien et 6) de collaborer au suivi et à l'évaluation des actions déployées dans les milieux ciblés.

Comité régional de suivi de l'implantation du Programme intégré « 0-5-30 Combinaison/ Prévention »

Le comité régional de suivi de l'implantation est formé du coordonnateur du Programme adultes-personnes âgées, du responsable du dossier « *0-5-30 Combinaison/Prévention* », d'un professionnel de l'équipe santé et sécurité au travail et de représentants de CSSS (représentant des coordonnateurs des services courants, représentant des agents de promotion de saines habitudes de vie, représentant des cadres supérieurs responsables du dossier santé publique).

Le mandat du comité régional de suivi de l'implantation consiste à :

- valider la stratégie d'implantation du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » développée selon les différents milieux;
- valider les actions visant à soutenir les agents de promotion de saines habitudes de vie;
- valider les orientations régionales en matière de mobilisation intersectorielle.

➢ Niveau local

Un ou des agents de promotion de saines habitudes de vie seront nommés dans chaque CSSS. Ils seront, entre autres, responsables de soutenir l'implantation du programme dans les milieux d'intervention. Leur mandat pourrait s'énoncer comme suit :

- s'approprier le Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » tant au niveau individuel que socio-environnemental;
- collaborer à l'implantation du programme dans au moins 15 % des milieux de travail de 100 employés et plus présents sur les territoires de CSSS;
- collaborer à la promotion et au déploiement du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » dans d'autres milieux;

- soutenir le déploiement des actions dans les milieux intéressés par le programme (**tableaux VI et VII**);
- contribuer à la mobilisation intersectorielle afin de faciliter la promotion de saines habitudes de vie auprès de la population;
- soutenir les campagnes de communication provinciales;
- sensibiliser d'autres intervenants des CSSS au Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* »;
- collaborer aux actions visant une saine gestion du poids.

On retrouve au **tableau IX** une synthèse des mandats des équipes et des comités impliqués dans l'implantation du programme.

4.2 DÉMARCHE D'IMPLANTATION

4.2.1 Volet régional

La Direction de santé publique et son équipe « *maladies chroniques/habitudes de vie* » soutiendra le déploiement du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* ».

Six grands types d'intervention pour lesquels la DSP offrira son soutien pour faciliter l'implantation du programme sont proposés :

- développer ou adapter des contenus de formation portant notamment sur les maladies chroniques, leurs principaux facteurs de risque (tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité, etc.), la démarche de mise en place du programme dans les milieux d'intervention, la communication persuasive, les étapes de changement de comportement, etc.;
- former les agents de promotion de saines habitudes de vie des CSSS, porteurs du dossier « *0-5-30 Combinaison/Prévention* »;
- élaborer et mettre en œuvre une stratégie de promotion régionale du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » (diffusion, campagne de presse, plan de communication, etc.) conforme aux orientations du MSSS;
- offrir le soutien scientifique et/ou technique. Par exemple, fournir les portraits de santé par territoire de CSSS et/ou l'état de situation concernant les environnements favorables au déploiement du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* », développer ou adapter des outils et des guides et fournir les réponses à toute demande d'information;
- mobiliser les partenaires régionaux (milieux de travail, municipal, agroalimentaire, etc.). Un plan stratégique sera élaboré par l'équipe « *maladies chroniques/habitudes de vie* » et validé par le comité régional de suivi de l'implantation;
- soutenir la réalisation de l'évaluation de l'implantation du Programme « *0-5-30* Combinaison/ Prévention » dans les milieux engagés.

4.2.2 Volet local

L'agent de promotion de saines habitudes de vie soutient le déploiement du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » dans les milieux d'intervention, notamment dans les milieux de travail et les municipalités. Il collabore à l'implantation en :

- ciblant les milieux d'intervention les plus prometteurs;

- élaborant une stratégie de recrutement des milieux (mobilisation locale);
- contactant les décideurs présents dans les milieux ciblés (envoi de lettre et matériel promotionnel);
- présentant le programme aux milieux intéressés;
- participant à l'organisation des comités de mise en œuvre des interventions;
- formant les intervenants responsables de l'implantation du Programme « *0-5-30 Combinaison/ Prévention* » dans les milieux d'intervention;
- soutenant la collecte de renseignements relatifs aux environnements et aux habitudes de vie;
- identifiant dans chacun des milieux les besoins spécifiques d'outils et de formation et en assurant le suivi;
- développant localement une stratégie de mobilisation des partenaires intersectoriels visant à les sensibiliser à l'importance de promouvoir de saines habitudes de vie;
- participant à l'évaluation de l'implantation du programme.

Tableau IX : Structure d'implantation du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* »

RÉGIONAL

ÉQUIPE « MALADIES CHRONIQUES/ HABITUDES DE VIE »

- Définir et mettre à jour le cadre de référence
- Proposer une stratégie régionale d'implantation
- Élaborer et diffuser des outils de promotion
- Former les agents de promotion de saines habitudes de vie
- Fournir au besoin une expertise-conseil
- Assurer le suivi et l'évaluation des interventions

↔

COMITÉ RÉGIONAL DE SUIVI DE L'IMPLANTATION DU PROGRAMME INTÉGRÉ « *0-5-30 COMBINAISON/PRÉVENTION* »

- Valider la stratégie d'implantation du Programme « *0-5-30 Combinaison/ Prévention* » développée selon les différents milieux
- Valider les actions visant à soutenir les agents de promotion de saines habitudes de vie
- Valider les orientations régionales en matière de mobilisation intersectorielle

↕ ↕

LOCAL

AGENT DE PROMOTION DE SAINES HABITUDES DE VIE PROGRAMME « *0-5-30 COMBINAISON/PROMOTION* »

- S'approprier le Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* »
- Collaborer à l'implantation du programme dans au moins 15 % des milieux de travail de 100 employés et plus présents sur leur territoire de CSSS
- Collaborer à la promotion et au déploiement du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » dans d'autres milieux
- Soutenir le déploiement des actions dans les milieux intéressés par le programme
- Contribuer à la mobilisation intersectorielle afin de faciliter la promotion de saines habitudes de vie auprès de la population
- Soutenir les campagnes de communication provinciales
- Sensibiliser d'autres intervenants des CSSS au Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* »
- Collaborer aux actions visant une saine gestion du poids

5. Proposition pour l'évaluation

Aucun rapport d'évaluation du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » n'a été produit jusqu'à maintenant. Des ressources importantes sont investies dans la promotion de saines habitudes de vie en Montérégie. La proposition de l'évaluation du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » ciblera d'abord les milieux de travail. Compte tenu de l'hétérogénéité des actions déployées par chacun des CSSS et de la courte période au cours de laquelle les actions auront été implantées dans les milieux de travail intéressés, une évaluation formative[44] de l'implantation sera réalisée.

➢ But de l'évaluation

Fournir une information utile aux responsables régionaux et locaux afin de soutenir l'implantation des actions développées en milieux de travail dans le cadre du Programme « *0-5-30 Combinaison/ Prévention* ».

➢ Objectifs

Mettre en évidence les facteurs explicatifs permettant de comprendre le contexte d'implantation du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » en milieu de travail, c'est-à-dire les éléments favorables à l'implantation versus les obstacles rencontrés, de façon à ce que les décideurs puissent apporter au besoin les correctifs nécessaires aux actions déployées. Plus spécifiquement, il s'agira :

- d'établir le degré de mise en place des diverses conditions nécessaires à l'implantation du programme en milieu de travail;
- d'évaluer le contenu des sessions de formation offertes aux agents de promotion de saines habitudes de vie;
- d'apprécier l'état de déploiement du programme en milieu de travail en identifiant les conditions qui ont facilité ou nui à ce déploiement.

[44] Évaluation formative : évaluation centrée sur la collecte d'information qui influence le déroulement d'un programme (Beaudry et Viens, 1999).

6. Conclusion

La stratégie retenue pour atteindre les objectifs définis dans le PNSP, le PAR et les PAL en matière de prévention des maladies chroniques consiste à promouvoir de saines habitudes de vie et à modifier les milieux d'intervention de façon à les rendre favorables à l'adoption de comportements sains. Pour parvenir à l'atteinte de ces objectifs, il a été convenu d'adapter à la réalité de la Montérégie le Programme intégré de prévention des maladies chroniques « *0-5-30 Combinaison/Prévention* », tel que développé par la DSP de la région de la Capitale nationale.

Rappelons enfin que les habitudes de vie ne résultent pas seulement de choix individuels ou de la maîtrise personnelle des conditions permettant des choix éclairés. L'environnement social, économique, législatif et physique détermine en grande partie ces choix et ces conditions[45]. En conséquence, bien que le leadership assumé par la santé publique s'exerce sur les plans local et régional, les principaux leviers nécessaires aux changements environnementaux visés appartiennent à d'autres secteurs sociaux qui devront être également interpellés. Le développement des actions devra donc s'appuyer sur une mobilisation intersectorielle indispensable, et ce, à tous les niveaux décisionnels.

Ainsi, la maximisation des effets du Programme intégré « *0-5-30 Combinaison/Prévention* » sera assujettie à de nombreux défis dont :

- la place de la promotion/prévention au sein des projets locaux d'intervention;
- la continuité des actions développées au sein des divers milieux d'intervention, les effets des actions ne pouvant se manifester qu'à long terme;
- le maintien à moyen et long terme de la combinaison des habitudes de vie préconisées par le programme, soit le 0, le 5 et le 30;
- le maintien du financement des actions définies dans le cadre du Programme « *0-5-30 Combinaison/Prévention* »;
- l'implantation de politiques publiques saines et la mise en œuvre de campagnes de promotion nationales complémentaires aux actions développées localement et régionalement;
- l'arrimage aux actions visant une saine gestion du poids.

[45] MSSS, 2003.

ANNEXES

Annexe 1
Objectifs du PNSP
en matière de prévention des maladies chroniques
et de promotion de saines habitudes de vie

Les objectifs énoncés dans le Programme national de santé publique relativement à la prévention des maladies chroniques par la promotion de saines habitudes de vie s'énoncent comme suit :

Objectifs concernant les maladies chroniques

D'ici 2012 :

- diminuer de 3 % par an les taux de mortalité et de morbidité liés aux maladies cardiovasculaires (incluant les maladies cardiaques ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux);
- réduire de 30 % les taux de mortalité et de morbidité liés à la maladie pulmonaire obstructive chronique;
- réduire de 40 % les taux de mortalité et de morbidité liés à l'asthme;
- réduire de 30 % l'incidence du diabète de type II;
- réduire la prévalence du surplus de poids de 28 à 22 % et celle de l'obésité de 13 à 10 % chez les adultes;
- réduire la prévalence de l'ostéoporose chez les personnes de 65 ans et plus.

Objectifs concernant les habitudes de vie

D'ici 2012 :

- réduire la proportion des personnes de 15 ans et plus qui font usage du tabac de 24 à 18 %;
- réduire l'exposition à la fumée de tabac secondaire;
- augmenter à 80 % la proportion des personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits ou de légumes par jour;
- augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans et plus qui atteignent le niveau recommandé d'activités physiques;
- réduire la prévalence de l'insécurité alimentaire à moins de 8 %[46].

[46] MSSS, 2003.

Annexe 2
Objectifs du PAR pour les personnes de 18 ans et plus en matière de prévention des maladies chroniques et de promotion de saines habitudes de vie

Les objectifs du Plan d'action régional (PAR) visant les adultes (18 ans et plus) en matière de prévention des maladies chroniques par la promotion de saines habitudes de vie s'énoncent comme suit :

D'ici 2007 :

▣ 15 % des milieux de travail de plus de 100 employés auront :

- mis en place, pour leurs employés, des programmes et des environnements favorisant la pratique d'activités physiques;
- implanté une politique alimentaire;
- réalisé une intervention de promotion de la cessation tabagique.

📣 Des activités visant à soutenir les campagnes de communication provinciales axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie seront mises en œuvre dans tous les territoires de CSSS.

➢ Activités physiques

▣ 50 % des municipalités ayant des ressources permanentes de loisirs et 10 % des municipalités sans ressources permanentes en loisirs auront participé à au moins un programme ou une intervention de promotion de l'activité physique de Kino-Québec.

▣ 50 % des résidences privées de 75 résidants et plus et 25 % des CHSLD auront participé à un programme ou une intervention de promotion de l'activité physique de Kino-Québec.

▣ Toutes les municipalités avec des ressources permanentes en loisirs et 25 % des organismes communautaires ciblés auront été sensibilisés à l'importance d'offrir des services et de rendre accessibles des lieux pour favoriser la pratique de l'activité physique par les aînés.

➢ Nutrition

■ Au moins une action concertée visant à améliorer l'accessibilité et la disponibilité d'aliments sains et nutritifs en milieu défavorisé sera implantée dans tous les territoires de CSSS.

▣ Au moins 10 % des centres d'éducation aux adultes (CEA), des centres de formation professionnelle (CFP) et des cégeps auront implanté une politique alimentaire.

▣ 50 % des résidences privées de 75 résidants et plus et 25 % des organismes communautaires offrant des repas à domicile auront implanté une politique alimentaire.

➢ Tabagisme

■ Les services de cessation tabagique seront accessibles dans tous les CSSS.

■ Deux activités de promotion de la cessation tabagique auront lieu annuellement dans chaque territoire de CSSS.

📣 Résultat à atteindre à la suite du lancement d'une campagne de communication provinciale.
■ Résultat à atteindre dans tous les territoires de CSSS.
▣ Résultat à atteindre dans certains territoires de CSSS.

- 80 % des professionnels de la santé des CSSS intervenant auprès des adultes seront habiletés à utiliser l'intervention minimale ou brève.
- 80 % des professionnels de la santé intervenant auprès des personnes âgées, en CSSS et en CHSLD, seront habiletés à utiliser l'intervention minimale ou brève.
- Tous les centres d'abandon du tabagisme auront adapté leurs services pour les personnes âgées.

Les pratiques cliniques préventives (PCP) inscrites dans le PNSP et liées à la prévention des maladies chroniques chez les adultes

- *Counselling* concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires, l'activité physique et l'utilisation de fluorures, soit en se brossant les dents ou en prenant des suppléments fluorés.
- *Counselling* antitabagique, incluant l'intervention brève ou minimale et l'intervention intensive.
- Détection précoce du cancer du col et de l'hypertension artérielle et prise en charge des personnes atteintes.

Annexe 3
Engagements de la Direction de santé publique de la Montérégie pour contrer l'embonpoint et l'obésité

La Direction de santé publique vise à assumer un leadership face à la problématique du surplus de poids. Par conséquent, elle s'engage à réaliser les actions suivantes, en lien avec son *Plan d'action régional de santé publique*, le *Programme national de santé publique*, les besoins qu'elle identifie dans sa région ainsi que la proposition d'actions que le MSSS a déposée à l'automne 2004. En continuité avec le contenu de ces documents, elle met en priorité les actions qui visent à modifier les environnements.

1. Elle s'engage à inclure la surveillance de l'embonpoint et de l'obésité dans son *Plan de surveillance* ainsi que la surveillance des principaux facteurs de risque qui y sont associés, soit la mauvaise alimentation et la sédentarité. Elle en diffusera les informations sur une base régulière et dans un format utile aux intervenants et aux décideurs de sa région.

2. Elle s'engage à informer la population sur les données de santé relatives à la problématique du poids ainsi que sur l'importance et l'efficacité des différentes mesures mises en œuvre afin d'améliorer la situation.

3. Elle s'engage à exercer un rôle d'influence et à soutenir, notamment par de la formation et des outils d'intervention, les différentes instances de la région concernées par :

   - l'implantation de politiques alimentaires;
   - le déploiement d'« *École en santé* » qui cible notamment les actions au regard de l'adoption de saines habitudes de vie, en accordant par exemple de l'importance aux pratiques pour une école active et à la création d'environnements favorisant l'activité physique et une saine alimentation;
   - le développement d'une politique d'accès au transport actif et à la pratique sécuritaire d'activités physiques de loisir en milieu municipal;
   - l'adoption de réglementations afin, notamment, de favoriser les règlements de zonage qui limitent la présence des établissements de restauration rapide à proximité des écoles;
   - l'adoption de pratiques cliniques favorisant de saines habitudes de vie et une saine gestion du poids;
   - le soutien aux campagnes sociétales visant à modifier la norme sociale au regard de la problématique du poids et à favoriser l'adoption de saines habitudes de vie;
   - l'implantation de l'approche intégrée « *0-5-30 Combinaison/Prévention* ».

4. Elle s'engage à porter une attention particulière, à exercer un rôle d'influence et à soutenir les différentes instances qui veulent intervenir auprès des populations économiquement défavorisées, des communautés culturelles, de groupes particuliers.

5. Elle s'engage à assurer un suivi à l'égard de l'implantation des différentes actions recommandées dans le présent document et d'en informer ses partenaires.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Face à la progression de l'obésité en Montérégie : Ensemble pour faire contrepoids : Document de travail,* Direction de santé publique, version du 25 janvier 2005, 55 p.

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Sujets de santé – Approche intégrée des maladies chroniques,* Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques. [En ligne]. http://www.phac-aspc.gc.ca/ccpd-cpme/topics/integrated_f.thml. (Page consultée le 21 mars 2005).

ALLIANCE POUR LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES AU CANADA. *Prévention intégrée des maladies chroniques : Synthèse des initiatives canadiennes*, 2004.

BAZZANO, L.A., J. HE, L.G. OGDEN ET AUTRES. « Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease in US adults : the first National Health and Nutrition Examination Survey Epidemiologic Follow-up Study », *American Journal of Clinical Nutrition*, n° 76, 2002, p. 93-99.

BEAUDRY, J. ET C. VIENS. *La fonction évaluation : un cadre de référence pour s'y retrouver*, Régie régionale de la santé et de services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, 1999, 25 p.

BÉLANGER, H., F. RICHER ET N. THÉRIAULT. *Pratiques cliniques préventives en GMF : Présentation*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, 11 septembre 2003.

BERTRAND, L. ET AUTRES. *Les Québécois et les Québécoises mangent-ils mieux? Rapport de l'Enquête québécoise sur la nutrition, 1990*, Montréal, Santé Québec, 1995, 317 p.

BIRMINGHAM, C.L., J.L. MULLER, J.J. SPINELLI ET A.H. ANIS. « The cost of obesity in Canada », *Canadian Medical Association Journal.*, n° 160, 1999, p. 483-488.

BLOUIN, M. ET C. BERGEON. *Dictionnaire de la réadaptation – Tome 2 : Termes d'intervention et d'aides techniques*, Québec, Les Publications du Québec, 1997, 164 p.

CHOINIÈRE, R., D. ST-LAURENT ET M. BEAUPRÉ. *Surveillance de la mortalité au Québec, 1977-1998*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Bureau de surveillance épidémiologique, 2001, 267 p.

DÉRY, V. ET B. LACHANCE. *Habitudes de vie et maladies chroniques : une amorce de vision commune,* Présentation faite aux directeurs de santé publique dans le cadre du PNSP, 16 novembre 2001 (cité dans Lachance et Colgan, 2004).

DUGAL, S. ET AUTRES. *Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012 dans la région de la Capitale nationale : Population adulte.* Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de santé publique, 2004, 76 p. et annexes.

GO, V.L.W. ET AUTRES. « Diet and cancer prevention : Evidence-based medicine to genomic medicine », *The Journal of Nutrition*, vol. 134, 2004, p. 3513S-3416S.

GROUPE D'ÉTUDE CANADIEN SUR L'EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE. *Guide Canadien de Médecine Préventive Clinique*, Santé Canada,1994, Chapitres 539, p.719-736, et 79, p.1064-1076.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé 1998*, Collection la santé et le bien-être, Les Publications du Québec, Québec, 2000, 642 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Compendium de tableaux produit avec le Fichier des microdonnées à grande diffusion de Statistique Canada (ESCC 2000-2001)*, 2003.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Fichier de partage de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003*, Production spéciale, 2004 a.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé 1987*, Production spéciale, 2004 b.

JOFFRES ET AUTRES. « Distribution of blood pressure and hypertension in Canada and the United States », *American Journal of Hypertension*, vol. 14, n° 1, 2001, p. 1099-1105.

KINO-QUÉBEC. *Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé*. Avis du comité scientifique de Kino-Québec, 1999, 27 p.

LACHANCE, B. ET J. COLGAN. *Vers une stratégie de promotion de saines habitudes de vie contribuant à la prévention de maladies chroniques : Cadre de référence (volet adulte) : Document de travail*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 2004, 55 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. *L'éducation pour la santé : un enjeu de santé publique*, République française. [En ligne]. http://www.cfes.sante.fr/70000/dp/01/dp010228.pdf.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, SOUS LA DIRECTION DE R. MASSÉ ET L. GILBERT. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, Direction générale de la santé publique, 2003, 133 p.

MOZAFFARIAN, D. ET AUTRES. « Lifestyles of older adults : can we influence cardiovascular risk in older adults? », *American Journal of Geriatric Cardiology*, vol. 13, n° 3, 2004, p. 153-160.

MURPHY, N.M. ET P. CARROLL. « The effects of physical activity and its interaction with nutrition on bone health », *Proceedings of the Nutrition Society*, vol. 62, n° 4, 2003, p. 829-839.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Rapport sur la santé dans le monde, 2003 : Façonner l'avenir*, 2003, 203 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *La sédentarité, une cause majeure de maladies et d'incapacités*. [En ligne]. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/release23/fr/.

RABAEUS, M. « La sédentarité : le défi du troisième millénaire », *Cardiovasc*, 2003, p. 23-26.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE. *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007*, Longueuil, Direction de santé publique, 2003, 184 p.

ROY, D.A. *La réforme et le développement des réseaux locaux de services : Présentation aux gestionnaires des services courants des CSSS*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, 28 janvier 2005.

SANTÉ CANADA. *Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes*, Gouvernement du Canada, 2003, 32 p. et annexes.

SAUVAGEAU, Y. ET J. PAYETTE. *Enquête sociale et de santé 1998, Montérégie : Annexe statistique : Chapitre 7- Activité physique*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, 2001, 24 p.

SAUVAGEAU, Y. ET J. PAYETTE. *Enquête sociale et de santé 1998, Montérégie : Annexe statistique : Chapitres 13-14 - Problèmes de santé, problèmes auditifs et visuels*, Longueuil, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, 2001, 24 p.

SAUVAGEAU, Y. *Le portrait de santé : La Montérégie et ses territoires de CSSS*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, 2003, 432 p.

SMITH, S.C. ET AUTRES. « AHA/ACC Guidelines for preventing heart attack and death in patients with atherosclerotic cardiovascular disease : 2001 update : A statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 38, n° 5, 2001, p. 1581-83.

WILKINS, R., J.M. BERTHELOT ET E. NG. *Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996*, Statistique Canada, 2002, n° spécial des Rapports sur la santé (n° 82-003).

YUSUF, S., S. HAWKEN, S. OUNPUU ET AUTRES. « Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The Interheart Study) : case-control study », *Journal of Cardiopulmonery Rehabilitation*, vol. 25, n° 1, janvier-février 2005, p. 56-57.